FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1965

THÈSE N° 182

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

NGUYEN-QUANG-LOC

Né le 16 Février 1938, à HANOI (Nord-Vietnam)

Présentée et soutenue publiquement le

A PROPOS DE QUELQUES ASPECTS DES TROUBLES CARACTERIELS DE L'ENFANT

Président : Monsieur L. MICHAUX (Professeur)

D. P. TAIB
8 Rue Casimir Delavigne
PARIS-VI^e^
1965

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1965 N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

NGUYEN-QUANG-LOC

Né le 16 février 1938 à HANOÏ (Nord-Vietnam)

-:-

Présentée et soutenue publiquement
le

-:-

A PROPOS DE QUELQUES ASPECTS DES TROUBLES CARACTERIELS DE L'ENFANT

-:-

Président : Monsieur L. MICHAUX (Professeur)

-:-

D. P. TAIB
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1965

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534905_0052

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T), AUBIN (A), BENARD (H), BINET(L), BULLIARD (H), CADENAT (F), CATHALA (J), CHABROL (E), CHAILLEY-BERT (P), DEBRE (R), FEY (B), GALLIARD (H), GAUDART D'ALLAINES (F. de), GENNES (L. de), HALPHEN (E), HAZARD (R), HEUYER (G), LAROCHE (G), LAVIER(G), LELONG (M), LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), MATHIEU (P), MONOD (R), MOREAU (R), MOULONGUET (P), MOUQUIN (M), OLIVIER (E), PASTEUR VALLERY-RADOT (P), PETIT-DUTAILLIS (D), PIEDELIEVRE (R), QUENU (J), RICHET (C), SENEQUE (J), STROHL (A), TANON (L),VERNE (J).

DOYEN ..... M. CORDIER (G)

1er ASSESSEUR ..... M. BARGETON (D)
2e ASSESSEUR ..... M. CASTAIGNE (P)

I - PROFESSEURS

1°-CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires

	MM.
Anatomie	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports	MALMEJAC (J)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Biophysique médicale	BUGNARD (L) DOGNON (A) DJOURNO (A)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P)
Histologie	GIROUD (A)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)
Médecine légale	DEROBERT (L)
Microbiologie (bactér.et virol.)	FASQUELLE (R)
Parasitologie	BRUMPT (L)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G)

MM.

Pathologie exotique	N...
Pathologie exp. et comparée	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl) BRICAIRE (H)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J)
Path. et Thér. générale	DEPARIS (M)
Pharmacologie	CHEYMOL (J)
Physiologie	PARROT (J) BARGETON (D)
Phys. et Path. obstétricale	LEPAGE (F)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Tech. chir. et Chir. exp.	CAUCHOIX (J)
Thérapeutique	CONTE (M)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M)

b) Professeurs à titre personnel

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G)
Biochimie médicale	DESGREZ (P) POLONOVSKI (J)
Biologie médicale	BOURLIERE (F)
Pharmacologie	LEVY (Mlle J)
Physiologie	DEJOURS (P)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L) GOUGEROT (L)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H)

2° - CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires

Clinique carcinologique chirurgicale		REDON (H)
Clinique cardiologique		SOULIE (P)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB(J.L.)
	Cochin	LEGER (L)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J)
	Pitié	CORDIER (G)
	Saint-Antoine	GOSSET (J)
	Salpêtrière	SICARD (A)
	Tenon	OLIVIER (Cl)
Clin. de Chir.inf. et orth.		FEVRE (M)
Clin. chir. orth. et traumatol.		MERLE d'AUBIGNE (R)
Clin. de chir. cardio-vasculaire		DUBOST (Ch.)
Clin. de Chir. pleuro-pulmonaire		MATHEY (J)
Clinique endocrinologique		DECOURT (J)
Clinique de Génétique Médicale		LAMY (M)
Clinique gynécologique		HUGUIER (J)

	MM.
Clin. des mal. cut. et syphil.	DEGOS (R)
Clin. des mal. des enfants	TURPIN (R)
Clin. des maladies infectieuses	MOLLARET (P)
Clin. des mal. ment. et de l'encéph.	DELAY (J)
Clin. des maladies métaboliques	HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang	MARCHAL (G)
Clin. des mal. du système nerveux	CASTAIGNE (P)
Cliniques médicales — Broussais	LENEGRE (J)
Cliniques médicales — Broussais	MILLIEZ (P)
Cliniques médicales — Sainte-Anne	BOUDIN (G)
Cliniques médicales — Cochin	BROUET (G)
Cliniques médicales — Hôtel-Dieu	BARIETY (M)
Cliniques médicales — Lariboisière	SEZE (S. de)
Cliniques médicales — Pitié	DREYFUS (G)
Cliniques médicales — Saint-Antoine	KOURILSKY (R)
Clin. d'hydrologie et climatologie	DEBRAY (Ch)
Clin. méd. inf. de pédiatrie sociale	MARIE (J)
Clinique médicale propédeutique	JUSTIN-BESANÇON (L)
Clin. méd.-Soc. du diabète sucré et des maladies de la nutrition	DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie	DAVID (M)
Clinique neurologique	GARCIN (R)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M)
Cliniques obstétricales — Foch (Suresnes)	MERGER (R)
Clin. obst. et gynécologique	VARANGOT (J)
Clinique ophtalmologique — Hôtel-Dieu	RENARD (G)
Clinique ophtalmologique — Cochin	OFFRET (G)
Clin. oto-rhino-laryngologique	AUBRY (M)
Clin. de péd. et de puériculture	N...
Clinique de pneumo-phtisiologie	BERNARD (E)
Clin. de neuro-psychiatrie infantile	MICHAUX (L)
Clin. de rhumat. méd. et soc.	COSTE (F)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique chirurgicale	ROUX (M)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M)
Clinique urologique	ABOULKER (P)
Clinique traumatologique	PADOVANI (F)
Séméiologie médicale	DOMART (A)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F)
Séméiologie traumatique et orth.	JUDET (R)
Clinique urologique	COUVELAIRE (R)
Hygiène et clin. de la 1ère enfance	N...

b) Professeurs à titre personnel

Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A)
Maladies infectieuses	BASTIN (R)

	MM.
Médecine	AZERAD (E) BOUR (H) LAMBLING (A) LHERMITTE (F) PEQUIGNOT (H) PERRAULT (M) SIGUIER (F) WORMS (R)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B)
Rhumatologie	DELBARRE (F)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGÉS ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

	MM.
Anatomie	CABROL (C) COUINAUD (C) GILLOT (C) HUREAU (J)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Melle P) pr. s. ch. ABELANET (R) CHOMETTE (G) GOUYGOU (Ch.) pr. s. ch. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L) PAILLAS (J)
Anesthésiologie	N. du BOUCHET (Mme) KERN (E) VOURC'H (G)
Bactériologie	BARBIER (P) CHRISTOL (D) DAGUET (G) Le MINOR (L) TOURNIER (P)
Biochimie médicale	BAULIEU (Et) m. conf. BOURILLON (R) CARTIER (P) pr. s. ch. CORNILLOT (P) DREYFUS (J. Cl.) GONNARD (P) JEROME (H) KRUH (J) LEGRAND (J. Cl.) NORDMANN (J)

	MM.
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F)
Biologie médicale	BENHAMOU (J.-P.) BOIVIN(P) HARTMANN (L)
Carcinologie	BOIRON (M) DENOIX (P) MATHE (G) SELIGMANN (M)
Cardiologie	HATT (P.-Y.)
Dermato-syphiligraphie	CIVATTE (J) DUPERRAT (B) HEWITT (J) TOURAINE (R)
Electro-Radiologie	HEITZ (F) M. Conf. LEDOUX-LEBARD(G)
Embryologie	ROUX (Ch)
Hématologie	BESSIS (M) BILSKI-PASQUIER(G) DAUSSET (J) DUHAMEL (G)
Histologie	COUJARD (R) Pr. s. ch. DA LAGE MAROIS (M) RACADOT (J) SCHRAMM (B)
Hydrologie	BESANÇON (F) CORNET (A)
Hygiène	BLANCHER (G) CORRE-HURST(Mme L) ROUSSEL (A) SAPIN-JALOUSTRE(H)
Maladies infectieuses	DUPONT (V) LISSAC (J) RAPIN (M)
Maladies métaboliques	ANTOINE (B) CROSNIER (J) RICHET (G) SEBAOUN (J)

	MM.
Médecine légale	BOURGUIGNON (A) FOURNIER (E) GUENIOT (M) HADENGUE (A)
Médecine du travail	ALBAHARY (C)
Neuro-Chirurgie	PERTUISET (B)
Neuro-Psychiatrie	CAMBIER (J) CATHALA (H) ESCOUROLLE (R) GAUTIER (J.-Cl.) LAPRESLE (J) LEREBOULLET (J) PICHOT (P) TARDIEU (G)
Obstétrique	GRANJON (A) HERVET (E) LE LORIER (G) LEVY (J) LEWIN (D) MUSSET (R) ROBEY (M) SENEZE (J) SUREAU (C) TCHOBROUTSKY(Mme C) THOYER-ROZAT (J)
Ophtalmologie	AUVERT (Mme B) BREGEAT (P) DUBOIS (A) FONTAINE (Mme M) SARAUX (H)
Orthopédie	DUPARC (J) MAURER (P) MEARY (R) POSTEL (M) RAMADIER (J)
Oto-rhino-laryngologie	DEBAIN (J) PIALOUX (P) SERGENT (H)
Parasitologie	GOLVAN (Y) HO THI SANG (Mlle) LAPIERRE (J)

	MM.
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J)
	BINET (J.-P.)
	BLONDEAU (Ph)
	CERBONNET (G)
	CHATELIN (C.-L.)
	DAUTRY (P)
	DEMIRLEAU
	DUBOST (Cl)
	FAUREL (J)
	FLABEAU (F)
	GALEY (J.-J.)
	GARBAY (M)
	GARNIER (H)
	GAUDART-D'ALLAINES
	GERMAIN (A)
	LATASTE (J)
	LOYGUE (J)
	MAILLARD (J.-N.)
	MERCADIER (M)
	NATALI (J)
	PELLERIN (D)
	PERROTIN (J)
	PREMONT (M)
	ROBERT (H)
	THOMERET (G)
	VAYSSE (J)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J)
Pathologie expérimentale	BERTHAUX (P)
	COTTENOT (Fr)
	LOEPER (J)
	Pr. s. ch.
	MAURICE (J)
	MIKOL (Cl)
	PAUPE (J.-R.)
Pathologie médicale	ACAR (J)
	AUQUIER (L)
	AUSSANNAIRE (M)
	BEAUMONT (J.-L.)
	BERNIER (J.-J.)
	BOUVIER (J.)
	BOUVRAIN (Y.)
	BRISSAUD (H.)
	BROCARD (H)
	BUGE (A)
	CANIVET (J)
	CARLOTTI (J)
	CATINAT (J)

	MM.
Pathologie médicale	CHRETIEN (J)
	CLOAREC (M)
	COBLENTZ (B)
	CONTAMIN (F)
	COURY (C)
	DEBRAY (J)
	ETIENNE (J.-P.)
	FREZAL (J)
	FRITEL (D)
	FUNCK-BRENTANO(J-L)
	GRIVAUX (M)
	HAZARD (J)
	HENNEQUET (A)
	HIMBERT (J)
	HOUSSET (E)
	LAGRUE (G)
	LESOBRE (R)
	LEVEQUE (B)
	MACREZ (C)
	MOREAU (L)
	NENNA (A)
	NICK (J)
	POULET (J)
	ROYER (P)
	TCHERDAKOFF (Ph)
	THIBAULT (Ph)
	TOURNEUR (R)
	VILLIAUMEY (J)
	WOLFROMM (R)
Pédiatrie-Puériculture	ALAGILLE (D)
	ALISON (J)
	CANLORBE (P)
	GORIN (R)
	LAFOURCADE (J)
	LEPERCQ (G)
	LESTRADET (H)
	MALLET (R)
	MINKOWSKY (A)
	MOZZICONACCI (P)
	POLONOVSKI (C)
	REY (J)
	RIBIERRE (M)
	ROSSIER (A)
	VIALATTE (J)
	MANDE (R)
Pharmacologie	BOISSIER (J)
	LECHAT (P)

	MM.
Physiologie	BARRES (G) DURAND (J) GIRARD (Fr) HUGELIN (A) LAURENT (D) SCHERRER (J) Pr. s. ch. VASSEUR (B)
Physique médicale	CHANTEUR (J) COURSAGET (J) GREMY (F) M.conf. MILHAUD (G) PAGES (J.-Cl.) PELLERIN (P) ROUCAYROL (J.C) Pr. s. ch. TUBIANA (M) M.conf.
Pneumo-phtisiologie	DECROIX (G) ISRAEL (L) MEYER (A) RENAULT (P) SORS (Ch)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P) DUCHE (D) FLAVIGNY (H)
Radiologie médicale	DUBOST (J) LEFEBVRE (J) MICHEL (J.-R.)
Rhumatologie	MASSIAS (P)
Stomatologie	CAUHEPE (J) CERNEA (P) CHAPUT (Mme A) M. c. agr. CREPY (Cl) FLEURY (R) GRELLET (M)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P) FOUET (P) LABET (R) MARCHE (J)
Urologie	AUVERT (J) MOULONGUET (A) QUENU (L)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	RAMBERT (P) THIEFFRY (S)
Clinique obstétricale	GRASSET (J) MAYER (M) MORIN (P)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P)
Clin. péd. et puériculture	LAPLANE (R)
Clinique psychiatrique	BARUK (H)
Clinique urologique	KUSS (R)

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY(P)Pr.s.ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J)Pr.s.ch.

V - CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E)
LAUNAY (C)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL(G)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M.le Docteur HAHN(A)
Conservateurs Melles	DUMAITRE (P) LE NOIR (G) QUIEVREUX (E)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J), FORGET (F) Mlle LAURENT (H), Dr SCHILLER (J)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Chers Parents,

En témoignage de mon affection et en reconnaissance des sacrifices qu'ils ont consentis pour moi

A mes Frères

A mes Soeurs

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur Léon MICHAUX,

Professeur de Clinique Psychiatrique
Infantile
Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de cette
thèse

En hommage de respectueuse
reconnaissance

A Monsieur le Docteur Jean RAMON
Pédiatre de l'Hôpital de Sens

Qui m'a inspiré le sujet
de ce travail

En hommage respectueux

A Monsieur le Docteur Charles BERNARD

A Monsieur le Docteur Jacques BEUZART

A Monsieur le Docteur Pierre DEVIMEUX

Dont j'ai particulièrement
apprécié l'enseignement

A tous mes Maîtres de la Faculté de
Médecine de Paris

Hommage respectueux

A PROPOS DE QUELQUES ASPECTS DES TROUBLES CARACTERIELS DE L'ENFANT

-:-:-:-:-

AVANT-PROPOS

-:-

Peut-être la pathologie moderne accorde-t-elle une place plus grande qu'autrefois aux troubles caractériels chez l'enfant. Une meilleure éducation du public conduit les familles à faire traiter par le thérapeute, des enfants qui jadis eussent été abandonnés à eux-mêmes, classés comme "impossibles".

Or à l'âge scolaire, de la formation technique professionnelle, chaque moment est précieux, car toute la vie d'adulte est conditionnée par l'éducation et le mode de vie de l'enfant. C'est dire l'importance qu'il faut attacher aux troubles caractériels chez l'enfant, à les dépister, les soigner, et là encore un rôle essentiel est tenu par le médecin de famille.

-:-

- I -

RAPPEL SUR L'EVOLUTION DE L'ENFANT NORMAL

-:-

A - LE PREMIER AGE

Il n'est pas d'usage d'envisager les problèmes du premier âge, qui sont surtout portés sur l'hygiène et l'alimentation, (chapitres réservés à la puériculture), dans leurs rapports avec la pédagogie et l'éducation.

Pourtant, les pédiatres sont de plus en plus nombreux à considérer que l'étude du développement psycho-moteur fait partie intégrante de la puériculture moderne, car, chez le nourrisson le développement affectif et intellectuel est indiscutablement lié au développement moteur; et qu'il est presque aussi important de s'intéresser à la bonne évolution de la motricité et de l'intellect du nourrisson que de se préoccuper de la courbe de sa taille et de son poids, de sa dentition et de la composition de ses biberons.

C'est dans ce sens que le Laboratoire de Psychologie de l'Enfant de l'Université de Paris a invité les parents, en collaboration avec le médecin, à noter et à comparer les modifications de comportement des enfants dans les situations familières des repas, de la toilette ou des activités spontanées, ces notes groupées et comparées permettant de suivre l'évolution des enfants au cours d'une

étude longitudinale plus rigoureuse que celle obtenue par la méthode purement descriptive des biographies, comme le proposait PREYER.

L'observation de l'évolution du langage est, elle aussi, riche d'enseignements.

On a le choix, dans l'exploration des possibilités motrices des très jeunes enfants, entre plusieurs méthodes :

1) L'enregistrement graphique des mouvements exécutés dans une certaine unité de temps. Par exemple étudier la succion du pouce chez le nourrisson sous un angle strictement quantitatif et rechercher les différences de rythme, qui sont sensibles d'un enfant à l'autre.

Mary KUNSL a observé que la succion du pouce se renforce chez des enfants élevés en crèche, surtout lorsque le repas est trop pauvre en calories ou quand l'enfant manque de stimulation sociale. Et André THOMAS rassure les mères en affirmant que la succion du pouce est chez le nourrisson un comportement naturel, signe d'une bonne adaptation, car cette pratique "prouve un discernement, une faculté de progrès et de perfectionnement dans laquelle s'intègrent avec la répétition de l'acte, quelques éléments de vigilance et de mémoire". De plus cet acte procure à l'enfant un dérivatif, dit André THOMAS, qui le décharge de son ennui ou de son surcroît de tension émotionnelle !

2) La méthode des réflexes conditionnels, qui a permis à PAWLOW et à son école de dégager l'existence de types nerveux chez les jeunes enfants, et de s'appuyer sur ces études pour mettre en application quelques principes de pédagogie du premier âge, tenant

compte des particularités nerveuses des enfants, et organisant rationnellement leur milieu d'élevage.

L'étude des premiers conditionnements permet aussi d'établir un régime soigneusement gradué, où les périodes de repos alternent avec les activités dirigées, et même une gymnastique applicable au tout premier âge, associée à des exercices gradués d'apprentissage verbal.

3) La méthode des tests, qui a été plus spécialement étudiée et appliquée aux Etats-Unis et en France (BINET, SIMON, WALLON, JEUDON, ZAZZO). Chez le très jeune enfant, ces tests portent sur la motricité, l'audition, la vision, le langage.

Le "baby-test" des Américains et l'échelle de développement psychomoteur du premier âge (de BRUNET-LEZINE) en France, se basent sur les mêmes principes. On peut les préciser mieux encore à l'aide de la cinématographie.

Ils montrent que l'examen psychologique du nourrisson ne peut être dissocié de son évolution biologique.

Les couleurs d'un spectre de développement, écrit GESELL, se fondent insensiblement les unes dans les autres, mais, pour rendre utile et vivant le portrait de chaque âge, nous devons tremper notre pinceau dans des couleurs bien nettes.

B - DE DEUX A SIX ANS

A cette période, l'étude porte sur les caractéristiques de la croissance, de la taille, du poids, et, sur le plan mental, de la ri-

chesse du vocabulaire, de la somme des connaissances, de la coordination motrice, du nombre de problèmes élémentaires et pratiques que l'enfant peut résoudre.

Mais une évolution n'a pas seulement une expression quantitative, elle doit être étudiée aussi qualitativement. Elle s'opère alors graduellement, ou par étapes plus ou moins brusques.

Par exemple, un vocabulaire de cinquante mots ne signifie pas seulement la multiplication par dix d'un vocabulaire de cinq mots. Il permet à l'enfant une adaptation qualitativement différente, et il est solidaire d'une acquisition de la syntaxe, donc de nouvelles structures mentales.

En somme, tout porte à croire que l'existence des périodes et des stades n'est pas une vue de l'esprit. Non seulement nous les constatons, mais nous pouvons aussi en expliquer le déterminisme. Cependant, il ne faut pas qu'une identification trop rapide de ces stades nous entraîne à une schématisation excessive. Il faut laisser une marge aux différences individuelles et aux différences socio-culturelles dans l'évolution éventuelle des stades et des crises. Et surtout ne pas perdre de vue l'unité fonctionnelle et l'originalité fondamentale des étapes du développement.

L'enfant de deux ans, qui mesure 85 centimètres et pèse 12 kilogs, vient de terminer la forte poussée de croissance de la première année et prend à partir de ce moment le rythme régulier qui, jusqu'à l'approche de la puberté, lui fera gagner chaque année un peu plus d'un kilogramme et un peu moins de sept centimètres. Il ne lui manque plus que quatre prémolaires pour compléter ses vingt dents de lait.

Mais sa motricité commence à s'organiser. Il se tient droit, ferme et commence à marcher, tout en conservant son attitude de bébé.

Vers vingt mois il commence à monter et descendre un escalier, sans qu'on lui tienne la main.

La motricité manuelle fait de rapides progrès, les mains sont à la fois plus indépendantes l'une de l'autre et plus coordonnées. Il commence à griffoner des tracés qui prennent forme.

Les progrès du langage sont les plus frappants. Il construit des phrases de plusieurs mots, répond à l'appel de son nom et sait nommer autrui. Il prend connaissance de lui-même devant un miroir.

Ces acquisitions traduisent l'aube de la conscience de soi, l'émergence de la pensée, du double mental, au-delà de la sensation simplement vécue.

D'où l'apparition rapide des premières activités d'imitation intentionnelle, entre 18 et 20 mois. L'imitation du Singe n'est que très imparfaite. L'imitation vraie est le propre de l'homme ; elle apparaît vers la fin de la deuxième année de la vie.

Mais, sans pour cela se couper du monde, les enfants de deux ans ne savent pas encore jouer entre eux. Ils sont par contre très attachés à la mère, au père, aux personnes qui les entourent. C'est l'origine et l'installation solide des relations affectives profondes qui s'établissent entre l'enfant et l'entourage familial, mais aussi de rivalités et de haines que les psychanalistes appellent des complexes.

C'est dans ce sens que H. WALLON a pu dire que dès sa prime enfance l'enfant est un être social, avec cette différence essentielle qu'il ne peut pas encore, comme l'adulte, se mettre au point de vue d'autrui. Il reste encore un égocentriste. Ses jeux sont solitaires (poupées, cubes, tas de sable). Il est jaloux de ses jouets et de ses oeuvres.

La tâche de l'éducateur est alors de favoriser ce qui émerge, et d'encourager le risque des comportements nouveaux qui se manifestent, sans briser brutalement les attaches avec un passé où l'enfant trouve, plus ou moins confusément, la base de sa sécurité et de sa quiétude (R. ZAZZO).

L'enfant de six ans annonce déjà, dans ses comportements les plus évolués, l'attitude mentale qui caractérisera, plus tard, l'intelligence de l'adulte.

PIAGET a montré qu'à partir de six ans se constitue une invariance de notions grâce auxquelles la mobilité confuse de l'expérience sensible est dominée et intégrée par la mobilité de l'intelligence logique.

Cette ouverture de l'enfant vers des champs nouveaux s'exprime aussi sur le plan des relations sociales. Il entre dans l'Ecole des grands. Sa seule structure sociale était jusqu'ici la famille, où il avait une place unique, immuable, privilégiée. En entrant dans l'école, il devra se situer parmi ses semblables. Il n'est plus qu'une unité parmi les autres. Les relations avec autrui sont infiniment plus mobiles.

Si l'école élémentaire, dans la plupart des pays, commence à six ans, c'est que la maturité psycho-biologique de l'enfant le rend ap-

te à certaines disciplines sociales et intellectuelles. L'Ecole agit pour stimuler ce processus de maturation et pour donner forme et contenu aux conduites intellectuelles et sociales.

Enfin l'originalité mentale de chacun, sa personnalité, commence à s'affirmer. Jusqu'ici il vivait son langage, maintenant il le pense. Il est aidé dans cette évolution par l'apprentissage de l'écriture.

Les progrès de l'intelligence sont immédiatement précédés par des bouleversements plus ou moins profonds de l'affectivité, tels que des perturbations émotives, que GESELL appelait "la crise de six ans". C'est pourquoi à cet âge, l'enfant est souvent impulsif, excitable, sensibilisé à ses attitudes corporelles et à ses relations avec le milieu. Il a tendance à dramatiser par ses gestes, ses pleurs ou ses rires, toutes ses pensées et toutes ses joies. Le flux de l'émotion le rend incapable de maîtriser et de nuancer son comportement. Il est actif, mais sans ordre, agressif, dogmatique, autoritaire. C'est parfois paradoxalement qu'il affirme sa personnalité, qui ne s'équilibrera que plus tard.

L'évolution de l'enfant n'est jamais une progression douce et régulière, elle est faite d'une série de conflits, de contradictions, où elle ne trouve son équilibre qu'après des expériences assez longues.

C - Garçons et Filles

Il existe entre eux, dès cet âge, des différences essentielles. A partir de six ans, la supériorité des garçons s'affirme dans les

domaines de la capacité vitale et de la force musculaire. Par contre le taux de maturité, mesuré par le développement du squelette, est en avance d'un an pour les filles sur les garçons.

La tonicité neuro-musculaire et la motilité sont beaucoup plus grandes chez les garçons, ils sont plus agités.

Chez les filles, coopération plus développée, avec une activité verbale étroitement liée à cette coopération.

Tendance très marquée chez le garçon à s'isoler, non pas dans l'inaction, mais dans des activités de construction (ZAZZO).

Ainsi dès cet âge s'affirme la caractéristique plutôt féminine de sociabilité affective, et la caractéristique plutôt masculine d'activité plus technique, s'exerçant sur les choses et sur les symboles des choses.

C'est vers quatre ans que l'enfant sait s'il est un garçon ou une fille. Sur cent garçons interrogés, pas un ne préfèrerait être une fille, alors que quinze filles sur cent préfèreraient être un garçon. Cette opinion est également constatée, dans les mêmes proportions, si l'on fait une enquête parmi les adolescents.

En réalité, la société impose des rôles sociaux liés au sexe, dès le jeune âge. Ceci se confirme par ce fait que des variantes s'observent selon le milieu social ou les civilisations.

-:-

- II -

L'EVOLUTION DE LA PENSEE EN MILIEU SCOLAIRE

-:-

L'entrée à l'école constitue pour l'enfant une nouvelle phase de sa vie. Il échappe - tout au moins il en a la sensation - à la tutelle de sa mère, mais d'autre part, il est anxieux devant le nouveau milieu qui l'attend au seuil de cette maison où il vient "pour apprendre".

Puis, quelques années plus tard, il quitte l'Ecole transformé, enrichi de l'essentiel de ce que doit savoir et comprendre un homme normal moyen, bagage bien lourd pour de si fragiles épaules.

Mais en même temps que l'acquisition des connaissances élémentaires nécessaires, il a formé l'intelligence proprement dite et il a été soumis aux règles qui soutiennent et commandent l'exercice de la pensée chez l'adulte.

Et pourtant, malgré son apparente docilité, il ne voit les choses comme son maître qu'après de longs conflits dus à la différence de structure de la pensée du maître adulte et de celle de l'élève enfant.

L'esprit, comme le corps, change avec les années. Un directeur de l'Ecole Normale,

E. MICHAUD, résume ses observations à ce sujet comme suit.

A - A SIX - SEPT ANS

L'enfant, à cet âge, a une activité si intense qu'on peut se demander s'il travaille. Attiré à la fois par le désir d'imiter l'adulte et par l'intensité débordante de son imagination, il se dépense du geste et de la voix, il construit et pilote des voitures et des avions, commande des batailles à ses soldats de plomb, jardine, tricote, se livre à des jeux qui déjà demandent de la réflexion, de l'adresse, une certaine précision. Il ne supporte pas, en classe, d'être trop longtemps immobile et assujetti à la même tâche.

Cette activité débordante, qui s'exerce sur un monde aux frontières indécises entre le réel et l'imaginaire, donne à l'enfant l'impression d'être "quelqu'un", sinon un héros aux pouvoirs illimités. Il affirme et confirme ainsi sa personnalité, tantôt en imitant son entourage, tantôt en s'y opposant. Il recherche en lui-même et en lui seul un modèle commode et universel, dont il est le centre. De ce fait, il trouve raison à tout, pour justifier ses initiatives et ses activités. Il leur donne même parfois un sens moral (notion de la responsabilité, des mérites et des fautes, de la récompense et du châtiment).

Mais il distingue mal le monde des choses et le monde des hommes, il les perçoit autrement. Il faut alors l'aider à faire sa place à chaque chose, à chaque action.

L'image de sa propre expérience donne à l'enfant la trame de sa pensée. Le pédagogue doit

s'en servir comme d'un point d'appui solide et particulièrement apte à être utilisé.

C'est à ce moment qu'il faut faire comprendre à l'enfant que personne ne le comprendra et qu'il ne comprendra personne si chacun se veut pour critère unique ; et qu'il est impossible d'échanger le moindre renseignement sur la route à suivre ou le but à atteindre tant que chacun s'enferme dans son "moi", dans son point de vue propre comme dans un absolu. Le soleil luit pour tous. Grâce à quoi, l'enfant entrera dans le domaine des connaissances authentiques, du vrai et du réel qui sont souvent différents de l'opinion préconçue par sa propre imagination mais aussi par son manque d'expérience et d'objectivité. Il pourra alors analyser, identifier, définir, classer, établir les rapports entre les choses, les humains et les idées, classification sans laquelle on ne peut "s'y reconnaître". Puis ce sera la notion du rapport de cause à effet, qui s'acquiert vers l'âge de huit ou neuf ans.

B - NEUF - DIX ANS

Grâce à l'Ecole, l'enfant a acquis la pensée pratique, qui a succédé à la simple imagination. Devant un problème, il cherche et voit la solution, au lieu de se contenter de jouer avec les éléments du problème, ou du meccano, ou du vocabulaire. Il comprend une situation et cherche à l'éclaircir ou à la préciser. C'est le premier signe véritable d'un bon développement intellectuel. Devant le déroulement naturel des événements, qu'il est obligé, depuis qu'il réfléchit et observe, de constater, il efface peu à peu sa personne et renonce, s'il le faut, à son point de vue propre. Il prend conscience des règles auxquelles il faut soumettre son action. Il a recours à des

opérations pour composer les éléments de la solution d'un problème, ou de la conclusion d'une page de lecture ou d'une discussion orale. Il révèle des choses qui sont inaccessibles à la simple perception et aux organes des sens. Il acquiert l'expérience, par comparaison aux résultats, bons ou mauvais des tentatives antérieures.

Puis il acquiert la "réversibilité de la pensée", il comprend par exemple que A-B = C donne le même résultat que B+C = A, comme le commerçant qui rend la monnaie.

Comme il cesse de se prendre pour le point de référence unique des objets et des phénomènes qui l'entourent, il fait place aux points de vue et aux perspectives des autres. Il devient capable de reconnaître la droite et la gauche d'un observateur placé devant lui. Il commence à voir dans la vitesse une relation entre le temps et l'espace.

Il entre dans la société des hommes parce qu'il sait s'en faire comprendre et les comprendre.

C - DOUZE ANS

L'enfant passe - parfois avec difficulté - de la pensée enlisée dans l'action, réglée par le désir de la réussite concrète, alimentée par les souvenirs des expériences antérieures, à cette forme nouvelle pour lui de pensée qui caractérise la géométrie, le scientifique, l'adulte cultivé.

Il parvient à admettre l'hypothèse, et, partant de celle-ci et l'acceptant à titre provisoire, à chercher à en déduire les conséquences. En utilisant pour cela la logique, même

si son opinion première l'inclinait vers une autre solution.

Il lui faut pour y parvenir assez de respect de la loi et de l'idée générale, et faire abstraction ou abandon de son idée personnelle préalable, admettre qu'il a pu se tromper.

C'est à cette acquisition du raisonnement logique que vise la pédagogie du deuxième cycle de l'enseignement secondaire ou du "primaire supérieur", où l'intelligence doit se soumettre à des lois universelles, en ne laissant que la place qu'elles méritent aux considérations d'utilité, de possibilité pratique, de "facilité".

Au raisonnement logique succède alors, si l'enfant est doué de bon sens, la déduction logique ou expérimentale.

Beaucoup d'enfants, à ce stade, hésitent entre les deux voies : raisonner sur une hypothèse qui va à l'encontre de leur propre expérience, ou rechercher la contradiction interne, à démontrer et en reconnaître la pertinence, sur le plan expérimental comme sur le plan de la vie quotidienne.

Or, de nombreux élèves sont plus sensibles aux enseignements de la vie qu'aux contradictions internes des propositions. C'est pour cela que le pédagogue doit être très prudent, et très perspicace, lorsqu'il s'agit d'orienter l'élève vers telle ou telle discipline (classique ou moderne), ou vers tel métier ou profession.

Instruire un enfant n'est pas uniquement lui transmettre la part qu'il doit assimiler du savoir humain, mais lui donner les moyens d'apprendre par lui-même et d'organiser son

travail.

"Apprendre à apprendre", c'est le but de l'enseignement à partir de l'âge de douze à treize ans, qui correspond à celui de la métamorphose physiologique de la puberté. Pour que s'installe un bon équilibre général, il faut que les deux métamorphoses, celle de l'organisme et celle de l'intellect, évoluent parallèlement.

Le premier cycle est surtout analyse, les grandes classes, synthèse.

-:-

- III -
ETUDE CLINIQUE
-:-

Il est extrêmement malaisé de proposer une description clinique claire et cohérente des troubles caractériels de l'enfant. C'est par une réflexion sur cette difficulté, étayée d'ailleurs par une comparaison avec les problèmes cliniques des troubles caractériels de l'adulte, que nous commencerons ce chapitre divisé en deux parties, respectivement consacrées à la séméiologie et à l'étude de quelques syndromes caractériels.

Les troubles caractériels de l'enfant représentent, en effet, pour de nombreux auteurs, y compris certains spécialistes, un grandiose "fourre-tout" où il n'est pas malaisé d'engouffrer, par ce biais, la presque totalité de la psychiatrie infantile. Il est pourtant évident qu'à décrire, sous le terme de troubles caractériels, les symptômes les plus hétérogènes, on aboutit à une volatilisation de l'objet de notre étude. Cette préoccupation orientera notre description séméiologique.

Le trouble caractériel n'a, en lui-même, aucune spécificité, il ne prend son sens que dans le contexte familial, scolaire, social. Il est un aspect de la relation à autrui mais, bien plus que chez l'adulte, il est une réponse à l'attitude d'autrui. L'aspect relationnel des troubles caractériels est, chez l'adulte,

prévalent ; chez l'enfant, il est premier. On sait qu'une situation identique peut induire, chez l'enfant, des réactions caractérielles très diverses. C'est dire qu'il n'y a de corrélation étiologico-clinique que particulière, conjoncturale et parfois hypothétique. En outre, un même symptôme peut avoir des significations très diverses, caractérielles ou non caractérielles. Ainsi, une énurésie ne peut souvent être comprise qu'à partir de la situation de l'enfant dans sa fratrie, de son style de rapport avec ses parents mais aussi de son "hérédité" (il y a des familles de "pisseurs") de l'état de maturation de son système nerveux, des particularités de son sommeil, etc... Cette énurésie peut représenter une satisfaction auto-érotique qui n'emprunte que peu à l'ambiance affective familiale ou être, au contraire, une efficace quoique inconsciente protestation à l'égard de la mère.

Alors que les troubles caractériels de l'adulte correspondent à une "manière d'être" qui varie certes en fonction des environnements, des circonstances, des motivations, de l'écoulement du temps, mais qui garde une certaine fixité, ceux de l'enfant se modifient considérablement au cours de sa maturation et en fonction des conditions miliotiques.

Une autre différence majeure avec les troubles caractériels de l'adulte est le passage à l'acte au cours des colères, des réactions agressives, passage à l'acte qui est tout à fait normal chez le jeune enfant, fréquent chez l'enfant plus grand et ne constitue un problème que chez l'adolescent dont les possibilités de verbalisation sont équivalentes de celles de l'adulte.

Enfin, la situation générale de l'enfant diffère totalement de celle de l'adulte. C'est

une évidence à tous les égards dont témoignent les différences de développement somatique, intellectuel, affectif, sexuel. Il faut insister sur cette notion tellement visible qu'elle risque d'être méconnue : la situation de dépendance de l'enfant par rapport à l'adulte. Certes, cette situation de dépendance de l'enfant est tout à fait normale, elle correspond à l'immaturité radicale de l'enfant, à son besoin de sécurité, bref à la particularité essentielle de son "être dans le monde". Mais si cette situation n'est pas enveloppée par l'amour parental, si elle n'est pas infiltrée de tendresse, si elle n'est pas pondérée par le respect que l'adulte doit avoir pour l'enfant, en dépit de son ignorance et de sa précarité, elle peut se transformer en un état de sujétion et d'asservissement effroyable. ALLENDY a insisté sur les risques que font courir à l'enfant les tendances sadiques même larvées de certains éducateurs.

A - SEMEIOLOGIE

Il est donc assez vain de détailler chacun des troubles caractériels comme si son analyse isolée pouvait nous apporter la clé du problème. Nous n'étudierons ni les troubles du sommeil ni les manifestations anxieuses, ni la masturbation, ni l'onychophagie, ni les tics. En effet, les particularités de la vie sexuelle de l'enfant ont rarement un aspect "caractériel", elles ne concernent pas autrui et le lien à autrui mais l'enfant centré sur lui-même. Même si les fantasmes voyeuristes ou sadiques étayent des masturbations, cet "acte solitaire" s'inscrit dans une structure narcissique. L'onychophagie, quant à elle, est un comportement auto-agressif. Que l'enfant exprime son anxiété à travers les troubles caractériels ou qu'il l'investisse di-

rectement dans des manifestations cliniques telles que l'onychophagie ou les terreurs nocturnes, ceci ne constitue peut-être pas pour le psychopathologue et éventuellement pour le psychothérapeute spécialisé, dont chacun sait le nombre infime, une appréciable différence. Elle est pourtant considérable pour les parents, les maîtres et les médecins qui font face à des problèmes de comportements totalement différents. Bien sûr, les tics, par exemple, peuvent s'observer chez les instables et être associés à des manifestations caractérielles d'agressivité. Mais l'enfant qui n'est amené en consultation que pour des tics n'est pas un caractériel mais un prénévrotique susceptible d'évoluer vers une névrose obsessionnelle ou vers des manifestations hystériques. Ce problème n'est pas propre à l'enfant. Chacun sait la parenté structurale entre la mélancolie et la manie dont les accès alternés fondent la psychose maniaco-dépressive. Il n'en demeure pas moins, en pratique courante, qu'un maniaque pose en milieu hospitalier, par exemple, des problèmes de surveillance et de traitements totalement différents de ceux du mélancolique.

1 - Symptômes caractériels

Si l'agressivité peut se travestir en des perturbations des conduites de l'enfant à l'égard de lui-même, de sa famille ou de son école, elle peut s'exprimer aussi directement dans la bouderie ou la colère.

a) La bouderie

La bouderie est fréquente chez l'enfant et l'adolescent. Elle est une façon muette d'exprimer son agressivité en rompant unilatéralement le contact avec autrui tout en lui imposant une présence hostile.

"De toute façon, la présentation du boudeur est assez univoque. Le mutisme est le trait le plus fréquent, le sujet ne répond ni aux questions directes : "qu'est-ce que tu as, tu es malade ?", ni aux sollicitations anodines par lesquelles autrui essaie de rétablir sur un mode impersonnel le contact rompu. Le boudeur est aux abonnés absents. Non seulement, il ne répond pas mais il s'efforce de ne donner à autrui aucune prise, il dérobe son regard par lequel avant le langage et au-delà du langage s'exprime l'indicible, au sens littéral de "ce qui ne peut être dit". Tête basse, comme tassé sur lui-même, il forme pour autrui un bloc opaque, ostensiblement absent, sournoisement agressif. Fréquente chez l'enfant et l'adolescent, en particulier chez la jeune fille, la bouderie est surtout l'apanage des femmes mais elle n'est pas exceptionnelle chez l'homme ... Car il y a dans la bouderie un aveu d'impuissance, l'expression d'un sentiment d'infériorité à l'égard de l'agresseur et comme le note excellement BILLAUD "l'exhibitionnisme de cette impuissance". (VIDAL)

La bouderie éclot volontiers en milieu familial. Pour que la bouderie ait un sens, il faut, en effet, qu'elle s'impose à autrui, qu'elle le gêne, qu'elle l'oblige à un retour sur lui-même, qu'elle ébranle ou qu'elle chatouille son sentiment de culpabilité, qu'elle s'impose et l'indispose.

Ceci suppose un lien étroit entre le boudeur et le boudé que l'on ne retrouve pas dans nombre d'établissements éducatifs et parfois même rééducatifs plus proches de la caserne que de la famille.

La bouderie apparaît ainsi, dans un premier temps, comme une réaction impulsive où l'inhibition de l'agressivité ne s'accomode que d'une

rupture avec l'ambiance, mais elle est secondairement entretenue par le sujet en fonction des avantages qu'il en retire. La bouderie est une protestation permise, écrit ALLENDY, qui ajoute :

"L'enfant serait puni s'il se permettait un accès de colère, mais on a moins de prise sur lui quand il se contente de promener un air triste, accablé, lourd de souffrances. Etre victime ou en revêtir les apparences, ce n'est pas être répréhensible, tandis qu'on se sentirait coupable à crier ou à se battre.. Bien plus, bouder, c'est devenir, pour l'entourage, un reproche muet".

Il n'est pas rare aussi que la bouderie apparaisse au sujet, par elle-même, en dehors des bénéfices secondaires qu'il en retire, une source de morose jouissance.

b) La colère

La colère est, chez l'enfant, d'observation courante. L'absence même de réactions coléreuses ferait problème. Elle est en effet, originellement, une réaction élémentaire, réponse aux premières frustations. Son expression clinique, comme ses motivations, varient selon l'âge de l'enfant. Les accès de rage, avant l'âge d'un an, se traduisent par une mise en jeu motrice, globale et syncinétique, correspondant à une protestation de l'enfant à l'égard de la faim, de la soif, du froid, de l'inconfort, des douleurs dentaires ou des malaises digestifs. Une triple finalité y apparaît qui, pour être inconsciente, n'en est pas moins prémonitoire des significations futures des accès coléreux : protestations à l'égard de l'environnement, expression "crue" de l'agressivité, appel et mise en cause d'autrui. Ceci est plus manifeste quand, vers deux ans,

les colères représentent la manifestation majeure de la crise d'opposition de cet âge à l'égard d'autres enfants, mais surtout des parents. La rage peut submerger l'enfant, l'amener à se faire mal comme certains bambins qui se tapent la tête contre les murs ou l'étouffer littéralement. C'est le "spasme du sanglot" ainsi nommé par DEBRE et Mlle LEVY parce qu'associant une crise apnéique parfois syncopale, plus rarement suivie de crises tonico-cliniques, survenant à l'occasion de contrariétés, chez un enfant couvé par une mère anxieuse. Bïen entendu, on retrouve ici l'importance des conditions d'environnement, comme l'écrit avec humour KOUPERNIK :
"Si l'on cède à toutes les colères, par sensiblerie, par anxiété, parce qu'on a peur que l'enfant ne se rende malade ou ne s'étouffe, on se prépare des lendemains qui ne chantent pas mais qui braillent, une effroyable succession de MUNICH pédagogiques dont le résultat le plus clair sera de faire de cet enfant un bourreau domestique".

Chez l'enfant plus grand et chez l'adolescent, les manifestations cliniques de la colère se rapprochent de celles de l'adulte à ceci près qu'elles se produisent fréquemment, pour des motifs d'apparence futile et qu'elles comportent une expressivité motrice plus marquée: contorsions, trépignements, bris d'objets, coups, etc.. et qu'elles se calment souvent très vite sans laisser, comme chez la plupart des adultes, un malaise, une sensation de désenchantement, d'engourdissement, qui parfois va se diluer en une mauvaise humeur vélléitaire.

Si elle est en général une réaction à une situation frustrante, si elle peut avoir une portée utilitaire, la colère comporte en elle-

même des satisfactions diverses et ambiguës: sentiment de surpuissance, chez l'enfant dépendant, jouissance prutigineuse et stérile comme une masturbation d'adolescent, rapport fraternel, mais d'une fraternité larmoyante d'alcoolique, dans l'équivoque indignation à plusieurs.

La colère est considérée comme pathologique quand elle est fréquente, spectaculaire, immotivée ou peu motivée, clastique, impulsive.

2 - Troubles des conduites élémentaires

On peut classer, sous ce terme, les conduites qui fondent l'autonomie élémentaire de la personne et dont l'acquisition peut être chez l'enfant, perturbée : conduites alimentaires, conduites excrémentielles, propreté corporelle, troubles du langage.

a) Troubles des conduites alimentaires

La boulimie et la tachyphagie s'observent chez des anxieux, des petits déprimés mais n'ont pas de signification caractérielle. Il n'en est pas de même de l'anorexie. La nourriture, originellement le "sein-nourriture" est, entre l'enfant et la mère, un lien primordial d'une portée biologique évidemment vitale, mais d'une implication symbolique tout aussi essentielle. Elle est une situation d'échange et donc peut permettre à l'enfant de s'opposer et de refuser.

L'anorexie d'un enfant très jeune ne révèle pas l'incidence de sa signification caractérielle et en raison de son incidence sur le développement somatique et des dangers physiques qu'elle comporte, elle est très souvent traitée par le pédiatre dans la perspective

des déperditions liquidiennes, des équilibres ioniques, etc.., sans que, le plus souvent, soit considérée la situation psychologique qui l'induit.

Il n'en est pas de même chez l'enfant plus grand. L'anorexie y est parfois franche, parfois aussi dissimulée par des caprices alimentaires, par une lenteur excessive au cours des repas. Le repas est un champ de bataille où s'affrontent les parents et l'enfant. Promesses, punitions, ruses de guerre y fleurissent. La mère anxieuse se désole, non seulement de ce fabuleux gaspillage de temps, de forces que représente chaque bataille alimentaire, mais aussi de l'aspect chétif, "minable" du rejeton qui lui fait "honte" et la culpabilise en un temps où le préjugé de l'obèse florissant de santé est toujours vivace.

Il y a d'autres formes d'anorexie, réactions de protestation semi-physiologique à l'atmosphère électrique de certains repas familiaux, moment de prédilection des scènes conjugales. Quant à l'anorexie mentale des jeunes filles, elle déborde le cadre de cet exposé, bien qu'elle comporte des aspects caractériels dont le plus superficiel est une volonté hargneuse et obstinée de dissimuler les troubles et une mauvaise foi pathologique pour éluder le traitement.

b) Conduites excrémentielles

L'énurésie peut assouvir un sentiment de culpabilité sur le biais des répressions éducatives qu'elle provoque, signifier un inconscient désir de rester bébé, représenter une satisfaction auto-érotique ou être le signe d'une protestation malodorante et combien ennuyeuse

pour la mère. La signification caractérielle de l'encoprésie est plus nette encore. L'encoprésie se rencontre chez les enfants affectivement perturbés et parfois pré-psychotiques. Elle entraîne, de la part de l'entourage, y compris des petits camarades, des conduites de réjétion souvent très marquées. Tout le monde sait que les injures ordurières sont parmi les plus fréquemment utilisées. L'encoprétique ne se sert pas de mots, mais vit littéralement l'injure, manifestant par là la perturbation du lien avec la mère en particulier et le milieu familial en général.

c) Propreté corporelle

Les mêmes réflexions, à un moindre degré, sont valables pour les troubles de conduites de propreté corporelle. Elles n'ont évidemment ni les inconvénients, ni les désagréments pour autrui de l'énurésie et de l'encoprésie. Si les conduites de propreté méticuleuse ou excessive, tels les fréquents lavages de mains, les ablutions générales pluri-quotidiennes sont presque toujours synonymes de rituels obsessionnels, la malpropreté systématique a des significations moins univoques. Chez le grand enfant, elle est souvent une protestation à l'égard des servitudes éducatives et chez l'adolescent, proche parente des excentricités vestimentaires, elle indique souvent un refus bruyant des valeurs du monde adulte.

d) Troubles du langage

Sauf certains cas très particuliers de mutisme psychogène de signification caractérielle, la plupart des troubles du langage, en particulier les retards de langage, les troubles de l'articulation et la plus grande par-

tie des bégaiements ne peuvent être considérés comme des symptômes de portée caractérielle. Sans doute, le langage peut, c'est l'évidence, exprimer les attitudes d'opposition, en particulier chez le très jeune enfant dont les acquisitions verbales sont rudimentaires et qui se sert de façon immodérée sinon permanente du vocable "non".

3 - Inadaptation caractérielle au milieu familial

Les troubles des conduites élémentaires que nous venons de décrire concernent, en priorité, les parents. D'autres attitudes caractérielles d'opposition, d'agressivité, peuvent être véhiculées par le langage et s'épanouir en scènes familiales. L'hostilité peut s'adresser globalement, ce qui est rare, à l'ensemble de la famille, ou plus fréquemment viser électivement un des parents ou un des membres de la fratrie. Désobéissance permanente, détérioration d'objets, mensonges, larcins, impolitesse systématique ou insolence calculée, parfois injures et coups, moins d'ailleurs en fonction des troubles caractériels que des coutumes du milieu social, peuvent s'observer. Le praticien peut être appelé à donner son avis sur les réactions de jalousie, fréquemment de l'aîné à l'égard du cadet. Elles peuvent se manifester sous la forme anodine de commentaires désagréables à l'égard d'un nouveau-né par exemple, mais peuvent également entraîner des réactions agressives telles : bris de jouets ou agression directe que la disproportion des forces en présence peut rendre inquiétante. Ici encore, comme en bien d'autres occasions, l'attitude moralisante de la famille est inadéquate et il faut s'efforcer de faire percevoir aux parents la détresse et l'avidité affective qui

se dissimulent sous les attitudes de jalousie.

4 - Inadaptation caractérielle au milieu scolaire

Parfois, l'enfant sera amené en consultation parce qu'il ne veut plus aller à l'école. Cette attitude peut être liée à un conflit aigu avec l'instituteur, à une peur panique de brimades de camarades ou à des incidents de trajets tels qu'attentats sexuels. Ces éventualités écartées, le refus d'aller en classe ne doit pas être considéré comme un signe de mauvaise volonté ou d'une opposition caractérielle, mais correspond le plus souvent à une phobie, c'est-à-dire à un trouble névrotique à forte charge anxieuse.

Les manifestations caractérielles en milieu scolaire sont à la fois monotones et variées et leur description sans intérêt majeur : désobéissance, insolence à l'égard du maître, agressivité envers les camarades, inattention, instabilité psychomotrice, paresse, etc.. Bien entendu, ces signes n'ont de sens que dans le contexte dont nous avons déjà évoqué les coordonnées. Mais à ce niveau d'enquête séméiologique, trois remarques méritent quelque attention.

a) Echec scolaire et troubles caractériels

Devant les difficultés scolaires d'apparence caractérielle, il faut toujours rechercher s'il n'existe pas une débilité mentale associée, tout autant que les troubles caractériels, responsables de la non réussite à l'école. Cette précaution prise, il peut paraître évident que les perturbations caractérielles entraînent l'échec scolaire. Il faut se méfier

des évidences. Bien plus souvent, l'ordre des facteurs est inverse, l'échec entraînant des manifestations caractérielles. Il faut donc rechercher avec soin les déficiences physiques, les handicaps sensoriels mineurs et méconnus, les troubles moteurs des enfants maladroits, débiles moteurs, gauchers mal latéralisés. Parfois la difficulté est plus spécifique, plus aiguë et, encore maintenant, risque d'être méconnue par le maître : ce sont les cas des dyslexiques, dysothorgraphiques, dyscalculiques. Mais à côté de ces perturbations à point de départ instrumental, il faut faire une large place aux anomalies d'origine affective.

Le premier cas est représenté par une incompatibilité d'humeur entre l'enfant et l'école qui tient à la fois à la vulnérabilité affective de l'un et au caractère archaïque et inadapté de l'autre. Ceci est particulièrement vrai des milieux d'internat. Il faut dire ici avec vigueur que la formule de l'internat monosexué, dans des locaux parfois hideux et souvent austères, pratiquement toujours inadaptés est un pis-aller, parfois essentiel pour les familles éloignées des centres scolaires, mais de toutes façons un lamentable pis-aller. Il y a des contre-indications médico-psychologiques à la vie d'internat pour des enfants affectivement fragiles, de type sensitif. Du sensitif anxieux au paranoïaque, la mutation sous l'impact des traumas "de la vie" est vite réalisée.

Parfois le conflit se situe entre l'enfant et le maître. Chacun sait combien les parents sont enclins à faire des instituteurs et des professeurs de leurs enfants les responsables de leurs échecs. Les exagérations parentales ne doivent pas faire méconnaître la situation inverse qui, pour être rare, n'est pas excep-

tionnelle. Ici, le praticien en milieu rural qui a, avec l'instituteur, des contacts personnels, est mieux placé que le spécialiste pour faire la part des choses.

La signification de l'école, pour les parents, est enfin un élément de grande valeur. L'école est-elle pour les parents une occasion heureuse d'être débarrassés de leur progéniture, un mal nécessaire et obligatoire, une époque durant laquelle les enfants sont requis d'emmagasiner des notions absurdes et inutiles ou, au contraire, le bas de l'échelle qui doit permettre au moutard de se hisser très haut. Et malheur à lui s'il manque un barreau ... Des parents indifférents, sinon hostiles aux progrès scolaires de leurs enfants, à ceux dont la fatigante vigilance lasse leur progéniture, toutes les attitudes parentales peuvent être répertoriées.

b) Instabilité psychomotrice

L'instabilité psychomotrice est, selon la définition de HEUYER :

"L'incapacité à garder une attitude, à fixer son attention, à continuer la même action, à soutenir un rythme régulier, à réagir de façon constante, à persévérer dans une entreprise".

Elle se manifeste électivement en milieu scolaire. L'immobilité imposée à l'enfant, la discipline générale, la longueur des leçons portant sur des sujets tels que la grammaire et l'arithmétique dont l'enfant ne perçoit pas l'intérêt, représentent déjà pour l'enfant normal une obligation parfois lourde. L'enfant remuant, touche à tout, perpétuellement en mouvement, parlant à haute voix, perturbe l'atmosphère de la classe et fait flo-

culer une indiscipline latente. Il est évidemment redouté des professeurs. Les punitions ne l'améliorent pas et souvent l'aggravent. L'éviction scolaire ne résoud pas le problème en ce qui le concerne, évidemment.

L'instabilité est un symptôme caractériel moins d'ailleurs dans son intention que dans ses conséquences, qui n'a en lui-même aucune valeur particulière. KOUPERNIK distingue des instabilités liées à l'immaturité et celles qui sont pathologiques.

L'instabilité par immaturité nous paraît proche de l'instabilité constitutionnelle, dont SUTTER a décrit les manifestations très précoces, puisque prénatales de futurs instables manifestant "in-utero" une bruyante vitalité. Son pronostic est bon sous réserve que des mesures éducatives intempestives ou des conduites de rejet n'en compliquent l'évolution.

Les instabilités pathologiques comprennent, pour KOUPERNIK, deux variétés : les instabilités névrotiques et celles qui sont liées à une atteinte lésionnelle. Pour nous, nous ajouterons les instabilités de type hypomaniaque. Celles-ci sont caractérisées par le contentement de fond du sujet, son aisance dans les contacts avec l'adulte, la volatilisation de son attention, son déplacement perpétuel dans la pièce où se trouve l'observateur et à propos de laquelle il pose des questions innombrables tout en touchant tour à tour les différents objets qui s'y trouvent. Différente, dans son expression clinique, de l'instabilité psychomotrice névrotique, elle s'en rapproche par sa parenté structurale, le comportement hypomaniaque apparaissant comme un mécanisme de défense à l'égard de l'angoisse. Celle-ci apparaît de façon plus explicite

dans les instabilités de type névrotique où le débridement moteur a pour fonction d'exprimer, d'extérioriser et de liquider l'anxiété sous-jacente.

Les instabilités lésionnelles sont, comme le nom l'indique, directement liées à une atteinte organique cérébrale soit discrète soit massive de type encéphalopathique. BELEY a décrit une forme d'instabilité neurologique, forme dégradée de l'I,M.C. qui se caractérise par l'instabilité neurologique ou neuro-organique acquise, instabilité psychomotrice, hypermotilité intense, impulsivité, rapidité des manifestations de l'humeur, trouble des postures et de la motilité. Pour ce même auteur, cet état est un carrefour proche des manifestations caractérielles épileptiques (adhésivité affective, impulsivité ...) de l'agitation de certains états prépsychotiques et des conduites perverses.

B - TABLEAUX CLINIQUES

1 - Troubles caractériels en fonction de l'âge

Les troubles caractériels de l'adolescent ont une physionomie particulière et feront l'objet du chapitre suivant. Nous résumons ici, en nous inspirant d'ailleurs de l'ouvrage de BUCKLE et LEBOVIVI sur les centres de Guidance infantile, les différentes éventualités chronologiques.

a) Au cours de la première enfance (de 0 à 2 ans)

- Anorexie pouvant être accompagnée de vomissements, parfois survenant primitivement, parfois à l'occasion du sevrage.

- Troubles neurologiques (convulsions, spasmes du sanglot, difficulté d'apprentissage de la marche, difficulté d'apprentissage des contrôles sphinctériens).

b) Au cours de la deuxième enfance (de 2 à 5 ans)

- Troubles des conduites alimentaires.
- Troubles des conduites excrémentielles (énurésie diurne et nocturne, encoprésie).
- Destruction de jouets, colères, manifestations agressives.
- Difficultés familiales (mutisme, certaines formes de bégaiement).
- Difficultés de contact social (dans les rencontres d'enfants, en particulier dans les crèches, les jardins d'enfants, les écoles maternelles).

c) Au cours de la troisième enfance (de 5 à 8 ans)

En milieu familial les troubles précédemment énumérés peuvent se présenter avec parfois aussi des manifestations plus particulières à cette époque, mensonges (de défense, de fabulation, de calomnie) vols (petits vols familiaux, vols alimentaires, vols généreux avec distribution de leur produit)?

A l'école (école buissonnière, instabilité psychomotrice, indiscipline, agressivité, etc..)

d) A la période pré-pubère (de 8 à 11 ans environ)

Dans la famille et dans le milieu scolaire, les mêmes troubles peuvent s'observer, aggravés dans les milieux scolaires par les difficultés plus grandes et les exigences plus mar-

quées au fur et à mesure que l'enfant grandit.

Dans la vie sociale, le comportement dissocial correspond à un état de pré-délinquance.

2 - Troubles caractériels en fonction du symptôme prévalent

Les symptômes brièvement décrits ci-dessus peuvent se regrouper en un certain nombre d'attitudes, caractérisées par deux tendances fondamentales :

Le premier groupe correspond à une attitude de repli de l'enfant par rapport à autrui, Le second, au contraire, à son intrusion agressive dans l'univers de ses proches.

a) Premier groupe

L'étude du premier groupe peut se diversifier en trois attitudes fondamentales : réaction de démission, de blocage, et d'évasion.

1°- Réaction de démission

La note dominante est représentée par la tendance dépressive des sujets, par la répétition inconsciemment organisée de situation d'échec passivement acceptée ou masochiquement subie. Dans les rapports avec autrui, l'inertie nonchalante, la suggestibilité, l'imitation sont fréquemment retrouvées de même que l'utilisation dans un but utilitaire du mensonge. Il n'est pas rare de noter dans les antécédents, des traumas affectifs, des situations d'abandon qui ont marqué profondément l'enfant et l'ont amené à ce pessimisme préventif et protecteur qui gît au fond de l'attitude de démission.

2°- Attitude de blocage

Le médecin, lors de son examen, ne peut parler de bouderie qui n'éclot qu'en milieu familial et à l'occasion d'une blessure affective. Mais l'aspect clinique est équivalent de celui de la bouderie. Inhibé, renfermé, refusant les tests, l'entretien verbal, le jeu, replié sur lui-même en une opacité plus ou moins hostile, l'enfant ne se laisse pas apprivoiser. Cette attitude de renfermement actif sur soi, bien différente d'ailleurs de la désinsertion discrète de certains schizoïdes, si elle est réactivée par l'examen psychiatrique, se retrouve aussi dans la vie courante familiale et scolaire du sujet. Certes, l'inhibition y est moins forte, l'échange plus aisé, mais seulement réduit à ses aspects superficiels. Certaines formes de bégaiement ont la signification d'un blocage. Cette attitude de blocage est fréquemment sous-tendue par des sentiments de culpabilité, liés à des pratiques sexuelles réputées illicites ou à l'inhibition de fortes tendances agressives dirigées contre les proches.

3°- Attitude d'évasion

Elle est souvent conditionnée par des perturbations familiales et représente une réaction à des situations de frustation. Elle peut s'inscrire dans trois structures différentes selon qu'elle s'épanouit dans une rêverie compensatrice, dans des tendances mythomaniaques, ou qu'elle motive une fugue. Le premier cas ressort davantage de la pathologie de l'imagination que celle du caractère. La mythomanie est (NEYRAUT-VIDAL), le moyen de se faire annoncer par autrui ce que l'on aimerait être et qu'autrui pense ou fait semblant de croire que l'on est, après l'affabulation de soi que le mythomane lui a proposé.

Mais la mythomanie est aussi, en sa forme "maligne" (aux dens sens, médical et vulgaire du terme) une entreprise d'asservissement et de dilacération d'autrui. C'est un aspect des conduites perverses que nous envisagerons plus loin.

Attitude de démission, de blocage et d'évasion sollicitent autrui par l'embarras, le malaise, la gêne, l'implicite "mise en cause" de lui-même qu'elles occasionnent.

b) Second groupe

Les attitudes du second groupe ont avec la colère la parenté fondamentale de concerner autrui directement et de faire intrusion dans son univers.

1°- Attitude de libération motrice

Souvent liée à un climat d'insécurité et de discorde familiale, elle se marque par des crises de nerfs violentes, incoordonnées, spectaculaires, par des tics, par des manifestations coléreuses. L'impulsivité ou la médiocre motivation des troubles, la clasticité de leurs manifestations, doit faire suspecter une étiologie organique et faire pratiquer un E.E.G. Les manifestations de ce type sont fréquentes chez les encéphalopathes et représentent tout autant que l'aspect déficitaire une séquelle redoutable.

2°- Attitude de domination et de revendication

C'est le tableau clinique assurément bien connu du tyran familial ou "enfant gâté". La première expression manifeste bien que c'est en milieu familial qu'éclosent préférentiellement les troubles parce que l'enfant

y trouve la réceptivité anormale et pathogène qui conditionnent son comportement, ce que soulignait d'ailleurs la seconde expression. L'attitude de démission éducative, la carence d'autorité, les discordances éducatives peuvent être liées à des circonstances diverses qui tiennent aussi bien aux impératifs parfois cruels de la réalité qu'à la névrose parentale. Le résultat est, pour l'enfant, un sentiment d'insécurité et d'anxiété. Si une situation massivement frustrante perturbe gravement l'enfant et annihile ses possibilités de développement affectif, l'absence ou l'insuffisance de répression éducative ne lui permet pas de trouver le précaire et nécessaire équilibre entre ses pulsions et les exigences de la réalité. Ceci est particulièrement manifeste en milieu scolaire où l'enfant gâté s'adapte fort mal. Chez lui, l'enfant égocentrique, exigeant, irritable, impatient, utilise le chantage affectif, la bouderie, les plaintes hypocondriaques pour asservir son entourage. Dérisoirement promu au centre du cercle familial, l'enfant inéduqué et en définitive mal aimé se retrouve seul et profondément malheureux même dans les cas où la situation sociale de ses proches lui permet d'éviter les désagréments des situations serviles et fournit plus tard à ses caprices des interlocuteurs salariés.

3°- Attitude anti-sociale, perverse et délictueuse

Elles correspondent à la forme la plus grave des troubles caractériels puisqu'elle concerne autrui de la façon la plus directe et la plus nocive. Le comportement pervers a été défini :

"Tout ensemble d'activités récidivantes dans l'orientation antisociale, fréquemment nuisible et même destructrice, souvent sans motiva-

tion nettement apparente ou avec motivation apparemment insuffisante ; activité difficilement réductible par l'éducation ou par l'intimidation, avec attitude d'inacceptation des normes habituelles organisatrices du cadre social, position égocentrique qui ne s'insère réellement dans aucun groupe organisé".

LAFON distingue les pervers nonchalants, nonchalants impulsifs, pervers agressifs et les comportements pervers sur fond de déséquilibre mental. Amoral, inéducable, ininti-midable, inamendable, récidiviste, tel est le pervers dans sa forme achevée et le plus souvent fixée qui est celle, nous l'avons déjà souligné, de l'adulte et non de l'enfant.

Une forme particulière des conduites perverses de l'enfant et de l'adolescent, plus volontiers rencontrée dans le sexe féminin, est présentée par la mythomanie maligne dont on sait les ravages : médisance, plaintes mensongères, dénonciations, lettres anonymes. Une des accusations les plus fréquentes est celle d'attentat à la pudeur et de viol. Les époques troublées, les atmosphères de "chasses aux sorcières" sont propices sinon à l'éclosion de ces manifestations, du moins à leurs conséquences tragiques. AUBIN a bien montré la signification magique de certaines conduites perverses :

"La fabulation vaniteuse ou maligne apporte à son auteur un sentiment de puissance, affirmé ou agi, à propos duquel nous rappelons cette loi très générale : affirmer une chose contraire à la réalité tend à en assurer la réalisation ou la réalise symboliquement (or, la réalisation symbolique est, en magie, une réalité authentique).

Quant au problème des conduites anti-socia-

les de délinquance, nous les envisageons à propos des troubles caractériels des adolescents.

3 - Troubles caractériels en fonction de l'étiologie prévalente

Une étude entreprise dans cette perspective aboutirait à de fastidieuses redites. C'est ainsi que nous avons esquissé à l'étude étiologique les singularités des perturbations caractérielles liées à une atteinte corporelle. Nous ne retiendrons ici, à titre d'exemple, que deux cas : les troubles caractériels des épileptiques et des abandonniques.

a) Troubles caractériels des épileptiques

Les descriptions habituelles font état en matière de troubles du comportement épileptique, de manifestations assez spécifiques : bradypsychie, persévération, affectivité adhésive, tendance à la religiosité, instabilité psycho-motrice, labilité thymique avec prévalence des phases dépressives, repliement sur soi, manifestations narcissiques y compris sous la forme de plaintes hypocondriaques et des anomalies plus profondément caractérielles : irritabilité, colères, réactions agressives, impulsions, etc ...

Certaines manifestations aiguës apparaissent, telles que des colères peu motivées, impulsives, classiques, comme équivalentes de manifestations critiques. Ces notions traditionnelles doivent être pondérées de 4 remarques.

1) La bradypsychie et la viscosité de type épileptoïde apparaissent chez l'enfant après 10 ans et sont surtout nettes chez les adolescents. Ces manifestations sont d'ailleurs

loin d'être constantes.

2) Il y a corrélation entre l'importance des atteintes organiques et le caractère massif, rigide, caractéristique, peu sensible aux manifestations de l'ambiance des troubles. C'est ainsi que c'est dans l'épilepsie temporale que les troubles de type épileptoïde sont les plus nets. En revanche, notent SAUGET et DELAVELEYE : les malades atteints de petit mal avec peu ou pas de crises généralisées présentent, de façon inconstante, des troubles caractériels et quand ils existent, ceux-ci sont :

"Les moins tranchés, les plus structurés, les plus intégrés à des réactions relativement banales vis-à-vis de divers conflits familiaux et sociaux. Il semble que, dans ces cas, le trouble physiologique va de pair avec une vulnérabilité accrue aux chocs affectifs, sans qu'il y ait de désintégration profonde du comportement".

3) Ces mêmes auteurs, au terme d'une étude approfondie, des comportements psychologiques des enfants et des adolescents épileptiques, notent que le tableau clinique varie avec l'évolution des troubles comitiaux et distinguent deux éventualités :

"D'une part des tendances caractérielles permanentes, répondant à une structure psychologique particulière liée sans doute à la maladie, mais fortement intégrées à la personnalité, stabilisant de façon relativement satisfaisante les relations entre le sujet et le milieu ; d'autre part, les troubles du comportement peu structurés, liés de plus près à l'évolution des symptômes comitiaux, qui marquent la désorganisation de contact avec le monde, l'apparition de pulsions plus primitives et aussi des efforts désespérés pour

se cramponner à ce qui subsiste des systèmes de défense antérieure qui aboutissent à un renforcement caricatural de ceux-ci : scrupules religieux et moraux, surestimation de soi, activités méticuleuse et absorbante, rêves éveillés, etc..."

4) Si les troubles caractériels des épileptiques apparaissent bien conditionnés originellement par l'atteinte cérébrale, il ne faudrait pas omettre de considérer l'importance de la maladie épileptique en tant qu'elle est vécue par le malade comme un handicap redoutable, mystérieux dans ses racines, humiliant dans ses manifestations, riche en significations ambiguës : signes d'une malédiction, pour telle faute personnelle ou héréditaire ou d'une possession divine. Pas davantage, il ne faudrait sous-estimer l'attitude du milieu social à l'égard de l'épileptique: pitié, horreur, rejet, ségrégation. Le petit épileptique risque d'apprendre très tôt de la corrosive franchise de ses camarades ce qu'il lui advient pendant ses pertes de connaissance. C'est dire l'importance d'un traitement équilibré capable d'abolir les manifestations "critiques" et leurs conséquences sociales.

b) Les troubles caractériels de l'abandonnique

La névrose d'abandon est une névrose caractérielle décrite par GUEX. Elle est dominée par la situation d'abandon, qu'elle ait été effectivement réalisée ou que le sujet ait vécu certaines attitudes parentales sur le mode fantasmatique du rejet. La description de GUEX concerne surtout la forme adulte de la névrose. Trois symptômes cardinaux : l'angoisse chronique et paroxystique, l'autodépréciation et l'agressivité dominent le tableau clinique. L'agressivité sous-tend des

manifestations caractérielles diverses : colères, scènes, crises dépressives spectaculaires, ayant la signification d'un chantage affectif, etc.. L'intolérance du sujet à l'insécurité se marque par des tendances captatives d'engluement affectif et aussi par les ruptures abruptes où le sujet prend l'initiative de n'être pas contraint de dépendre de l'état affectif d'autrui et de se trouver, sans préavis, dans une détresse qu'il n'aurait pas eu le loisir d'organiser préventivement.

La mise à l'épreuve d'autrui pour faire la preuve de son fidèle attachement est une des conduites les plus fréquentes des abandonniques. Insupportables, ils demandent, par amour, à être supportés. Le comportement abandonnique se rencontre fréquemment chez des enfants de l'assistance publique qui exigent, des parents nourriciers, beaucoup d'équilibre et d'ingéniosité affective, à défaut de notions précises sur ces anomalies. G. GUEX décrit deux types d'abandonniques :

"Le positif aimant" qui avant tout recherche l'amour et le "négatif agressif" chez lequel dominent les sentiments de frustration, les rancoeurs, bref la rancune de n'avoir pas été aimé. Il semble que l'orientation de nombreux enfants abandonniques, parce qu'abandonnés vers un de ces deux types, soit souvent fonction du milieu nourricier et que de lui dépende qu'en définitive comme l'indiquent expressément ces termes, le bilan soit positif ou négatif.

Mais les traits abandonniques peuvent apparaître même chez l'enfant pourvu d'un milieu apparemment satisfaisant.

G. GUERX a décrit plus particulièrement cette éventualité : "Le petit abandonnique témoigne d'une sorte de "gloutonnerie affective", il dit encore, il n'en a jamais assez. Pour qu'il soit heureux et paisible, il faut qu'il se sente entouré de tous ceux qu'il aime et qu'il chérit en retour, que rien ne menace l'unité familiale en général et singulièrement son unité avec la mère ou celle qui la remplace et que celle-ci lui donne preuve sur preuve de son amour".

-:-

CONCLUSION

-:-

Après avoir rappelé quelques notions sur l'enfant normal, nous avons passé en revue quelques données sur les troubles caractériels.

En fait, il est difficile de définir les troubles caractériels : en fait la notion de caractère est riche en ambiguïtés comme le dit VIDAL. Les troubles du caractère ne sont pas des troubles caractériels.

Pour conclure, nous citerons ces lignes de VIDAL :

"L'aspécificité des troubles caractériels, l'absence de corrélation étiologico-clinique ne permet pas aux psychiatres d'affirmer avec certitude que les troubles caractériels qu'ils constatent chez un enfant, dépendent de telle étiologie déterminée, d'autant que les causes biologiques, psychologiques, sociales s'imbriquent de la façon la plus étroite. Ils risquent ainsi de confondre les facteurs étiologiques circonstanciels et les facteurs fondamentaux. Toutefois, les rapports chronologiques, le moment d'apparition des troubles caractériels par rapport aux événements vécus ou aux situations modifiées, parfois la forme même des troubles caractériels, souvent les données de l'examen psychiatrique que nous détaillerons au chapitre du diagnostic, permettent de discerner une hiérarchie

factorielle. Mais en pratique, une erreur d'appréciation n'a généralement qu'une portée limitée car l'action thérapeutique va souvent bien plus s'exercer sur des facteurs circonstanciels que sur le noyau structural, beaucoup moins accessible, voire non modifiable.

-:-

Vu :
Le Président :
Signé : L. MICHAUX

Vu :
Le Doyen :
Signé : G. CORDIER

Vu et Permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
Signé : Jean ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

-:-

ANZIEU D.
L'influence des milieux culturels.
Psychol. de l'Enfant, 3e Edition,
Bourrelier éd. Paris.

AUBRY J.
Cf. BOWLBY. Soins maternels et santé
mentale, 1 vol.

ARIES P.
L'enfant et la vie familiale sous
l'Ancien Régime.
Plon 1960.

BENEDICT
Echantillons de culture.
Gallimard 1950.

BERGERON M.
Le développement moteur et la psycho-
motricité chez l'enfant et l'adolescent.
La Semaine des Hôp. Paris, n°8, nov.
1950.

BLOCH
Sur les conceptions actuelles de l'émo-
tion.
Journ. de Psychol. n°1, p.87, 1954.

BUYSE
L'expérimentation pédagogique.
Ed. Lamertin, Bruxelles.

CHAMBOULANT J.S.
Manuel de psychologie appliquée.
Payot 1960.

CLAPAREDE E.
L'autojustification.
Arch. de Psychol. XX, 1927.

COUSINET R.
La vie sociale de l'enfant.
Editions du Scarabée, 1950.

DEBESSE M.
Les méthodes pédagogiques.
in Traité Psycholog. H.PIERON,
P.U.F., 1955.

DEBESSE M.
Les étapes de l'éducation.
P.U.F., 1952.

DUMAS G.
La vie affective.
P.U.F. 1947.

FREUD A.
Le traitement psychanalytique de l'enfant. P.U.F. 1951.

FRIEDLANDER K.
La délinquance juvénile.
P.U.F.

GESELL A.
L'adolescent de dix à seize ans.
P.U.F. 1959.

GESELL A.
L'enfant de cinq à dix ans.
P.U.F.

GUILLAUME P.
Psychologie de la forme.
Flammarion, éd.

GUILLAUME P.
L'imitation chez l'enfant.
Alcan, 1925.

HEUYER
Introduction à la neuro-psychiatrie infantile.
P.U.F.

JANET P.
De l'angoisse à l'extase.
2 tomes, Alcan 1926.

JEUDON R.
La vie du corps et l'éducation physique de l'enfant.
Cahiers de Pédagogie Moderne, Ed. Bourrelier, 1961.

JEUDON R.
Les facteurs déterminants de la motricité. Méd. Educ. et Sports, n°11, 1956.

KLEIN M.
La psychanalyse des enfants.
P.U.F. 1959.

LAUNAY G.
L'hygiène mentale de l'enfant.
P.U.F. Collection "Païdéa" 1959.

LENOEL Y.
Troubles du caractère chez l'enfant épileptique.
Gen. Méd. sept. 1964.

LESNE
Le guide de la seconde enfance.
Ed. Soc. Française.

MALRIEN Ph.
Les émotions et la personnalité de l'enfant. Vrin 1952.

MALRIEN Ph.
La vie affective de l'enfant.
Ed. du Scarabée 1956.

MERLEAU-PONTY
Phénoménologie de la perception.
Gallimard éd.

PIAGET J.
Les relations entre l'affectivité et l'intelligence.
C.D.U. 1960.

PIAGET J.
La psychologie de l'intelligence.
Colin 1947.

PICHON E.
Le développement psychologique de l'enfant. Masson éd. 1936.

PICHOT
Les tests mentaux.
P.U.F.

PIERON H.
Psychologie expérimentale.
Colin éd. Paris.

PRADINES M.
Traité de psychologie générale.
P.U.F. 1943.

RAMBERT M.
La vie affective et morale de l'enfant.
Delachaux et Niestlé éd. 1945.

RIBOT Th.
La psychologie des sentiments.
Alcan éd.

ROBIN G.
Les difficultés scolaires chez l'énfant.
Coll. Païdea P.U.F.

SCHNEERSOHN
Jeu et nervosité chez les enfants.
P.U.F.

VIDAL G. & B.
Troubles caractériels de l'enfant et
de l'adolescent.
Synth. Cl. 1964.

WALLON H.
Les origines du caractère de l'enfant.
P.U.F. 1949.

WALLON H.
L'évolution psychologique de l'enfant.
Colin Paris 1947.

WALLON H.
De l'acte à la pensée.
Flammarion éd.

WITAK A.
Moderne Gruppenarbeit.
Vienne, Bundesverlag 1950.

-:-

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

-:-